



DOSSIER ESPECIAL

"MARCO REFERENCIAL PARA LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA".-INFORME ELABORADO POR EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA EXPLICANDO LAS RAZONES QUE AVALAN LA POSIBILIDAD DE QUE ESTA PROESIÓN PUEDA PRESCRIBIR FÁRMACOS

24 DE MARZO DE 2.006



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Marco referencial
para la
**prescripción
enfermera**

Documento de base

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
MARCO CONCEPTUAL: PRESCRIBIR Y/O RECETAR.....	4
LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA.....	5
LA LEY DEL MEDICAMENTO	9
PROPUESTA DE FORMACIÓN.....	11
ENCUESTA SOBRE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN LA ESPAÑA.....	13
EJEMPLOS CONCRETOS DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN NUESTRO SISTEMA NACIONAL DE SALUD	16
LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y SALUD. EXPERIENCIA EN CATALUÑA.....	21
PROYECTO NIPE: INTERVENCIÓN NIC 2390).....	22
PRESCRIPCIÓN ENFERMERA: EVOLUCIÓN MUNDIAL	25
MODELOS DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL	27
DESCRIPCIÓN Y RESUMEN DE LAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE LA PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERAS	33
CUADRO COMPARATIVO POR PAISES.....	41
REFLEXIONES FINALES	44
Publicaciones institucionales sobre prescripción	45
Bibliografía general sobre Prescripción.....	46
Bibliografía sobre Prescripción por Áreas.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51





INTRODUCCIÓN

El objeto central de este texto es servir de **punto de partida para la reflexión y el debate**, en el ámbito de la sanidad española, sobre un tema que a nivel internacional ha despuntado en algunos países con fuerza y éxito, y que en otros se está iniciando, **supone una tendencia mundial que ya forma parte del desarrollo del ejercicio autónomo de la enfermería** como disciplina académica y como profesión central e imprescindible del Sistema Sanitario Español.

Este **es un texto para el debate**, que debe ser sometido a las modificaciones y aportaciones pertinentes que lo puedan mejorar, con el ánimo de que ayude a servir de base justificativa para la demanda enfermera de un crecimiento profesional, razonado y **tendente al crecimiento de la calidad asistencial** en base a unos criterios de resultado para alcanzar la excelencia enfermera y la seguridad clínica de los pacientes.

MARCO CONCEPTUAL: PRESCRIBIR Y/O RECETAR

Cuando en el entorno de ciencias de la salud oímos hablar de prescripción se tiende, más los profanos que los profesionales, pero también éstos y quizás con cierta deformación profesional, a enmarcar esta cuestión en la cercanía y en la competencia de los médicos y no en la otros profesionales de la salud. De este modo se hace un **reduccionismo del ejercicio de la prescripción farmacológica y recetaria**.

Conviene acordar de qué hablamos cuando decimos **prescripción** o decimos **recetar**.

La **Real Academia Española** dice:

PRESCRIBIR. (Del lat. praescrib_re).

1. tr. Preceptuar, ordenar, determinar algo.
2. tr. Recetar, ordenar remedios.

A efecto de este documento proponemos se tenga en cuenta la terminología de la Real Academia y también los siguientes significados consensuados con grupos de enfermeros a través de los trabajos llevados a cabo por el Gabinete de Estudios del Consejo General de Enfermería.

4

PRESCRIBIR: Emitir un criterio profesional sanitario dirigido al paciente por el que se propone la realización de una acción en virtud de un juicio clínico y terapéutico ó de cuidados.

RECETAR: Cumplimentar un formulario que contiene la medicación, o el objeto de la prescripción que el profesional sanitario indica a un paciente acompañándose de instrucciones genéricas sobre su uso, y que normalmente se expide para ser presentado en una farmacia para su adquisición.

Alguna acepción sobre otros términos, que en un futuro próximo nos pueden ser útiles, los encontramos en el proyecto de ley del medicamento y conviene tenerlos presente, sobre todo para cuando diseñemos el catálogo básico de medicamentos y productos prescriptibles y recetables por enfermería, como por ejemplo el término **producto sanitario**, que se contempla como “**cualquier instrumento, dispositivo, equipo, material u otro artículo**, utilizado sólo o en combinación, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinados por el fabricante a ser utilizados en seres humanos con fines, entre otros, de diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad”.



LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

La Prescripción Enfermera es definida por Bulecheck; McCloskey (1992) como **“cualquier cuidado directo que la enfermera realiza en beneficio del cliente”**. Ese cuidado directo incluye:

1. Los tratamientos iniciados por la enfermera
2. Los tratamientos iniciados en función del diagnóstico médico y,
3. La realización de actividades diarias esenciales para el cliente.

Esto es lo que bajo los conceptos de Proceso Enfermero se han venido a llamar **“Intervenciones y actividades provocadas por los Diagnósticos Enfermeros –DxE-”**, **“Las intervenciones y actividades provocadas por los problemas de colaboración”** y **“Las intervenciones de suplencia parcial o total provocadas por lo que la bibliografía considera problemas de autonomía**, que siguen perteneciendo a la esfera de los DxE”.

Es ésta una definición muy profesional y comprensible para los enfermeros y para otros profesionales de las ciencias de salud.

El término **prescripción enfermera** en el debate profesional, pero a la vez público y con connotaciones sociopolíticas, debe ser entendido por todos los agentes y actores de dicho debate como **la capacidad de los enfermeros, en el marco de sus competencias y atribuciones, para contribuir de manera más eficaz a:**

- **la gestión de los problemas de salud o de enfermedad** de los ciudadanos,
- **la gestión de las prestaciones sanitarias, asistenciales y de cuidados,**
- **la optimización de los recursos.**
- **el desarrollo del rol autónomo de la enfermería**

En el contexto de los problemas de colaboración es donde cabe consensuar con el resto del equipo multidisciplinar o la institución¹, el llevar a cabo intervenciones y actividades que inmersas en algoritmos o guías de actuación clínica, sean “prescritas” por la enfermera: Rx simples, analíticas básicas, electrocardiogramas, etc. Controles de seguimiento: glucemias, tiras reactivas en orina, etc.

La prescripción enfermera se tiene que concretar en el reconocimiento

de la capacidad competencial, académica y profesional, conforme a la norma reguladora, de los enfermeros para emitir juicios de valor clínico y terapéutico como indicaciones benéficas para el paciente mediante acciones concretas y en la toma de decisiones de lo que conviene en cada caso.

Serían muchos los tipos de acciones que explicitan esa capacidad en diversos ámbitos de la práctica enfermera.

Nos importa en estos momentos ceñirnos al ámbito que más está llamando la atención públicamente desde que la Consejera de Salud de la Generalitat Catalana manifestó que dispone de un proyecto por el **“que las enfermeras catalanas puedan recetar determinados productos sanitarios dentro de un catálogo cerrado”**. Si la Consejera de Salud utiliza el término **recetar** como tal y no como **prescribir** nos está haciendo, a la enfermería como profesión, un muy flaco favor, pues las enfermeras no son, y si lo son tienen que dejar de serlo, las recetarias del médico. Sin por ello menospreciar o descalificar la acción médica de recetar. **Las enfermeras no son personal administrativo del médico. Los enfermeros somos parte del conjunto del capital humano de la empresa llamada Sistema Sanitario.**

6

Sin embargo si emplea el término recetar como sinónimo de **prescribir** entenderemos esta acción englobada dentro del manejo de situaciones y problemas de salud que actualmente están tratando las enfermeras diariamente **de manera autónoma dentro de su ámbito de competencias y funciones, o en colaboración con otros profesionales, y que aunque organizativa y funcionalmente están capacitadas para hacerlo, es necesario el marco legal y político para respaldarlas, así como el aval institucional de los empleadores, Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas, y de la Organización Colegial de Enfermería.**

La prescripción por parte de las enfermeras se puede adecuar perfectamente, en el desarrollo actual de la profesión enfermera, como un **elemento de práctica avanzada y especialista, y viene a dar sentido y justificación a las especialidades en enfermería contempladas en el Real Decreto 450/2005.** La prescripción como nos describe Naegle, citando a Bigbee, **no ha de limitarse o circunscribirse a los fármacos sino también el mejor régimen terapéutico posible².**

Finalmente, no podemos olvidar el marco normativo constituido básicamente por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; y el Estatuto Profesional, aprobado por Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, que han configurado a la enfermería como una profesión con autonomía, funciones y responsabilidades propias.



Podemos pues, a modo de conclusión, entender por **Prescripción Enfermera:**

La capacidad del enfermero/a, en el marco de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, de “seleccionar, guiados por el criterio profesional, diferentes materiales, productos-dispositivos y medicación encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados”.

Los enfermeros tienen que asumir formalmente su responsabilidad profesional prescriptora mediante la extensión de las recetas, en principio, y como primer paso de un proceso secuencial evolutivo, para aquellos productos que son propios y necesarios en la ejecución de los cuidados.

En una primera fase de recetación enfermera estarían, por ejemplo, entre otros, los productos de cuidados y curas de úlceras por presión –apósitos- y los dispositivos que ayudan a mejorar la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria.

Prescribir es una responsabilidad profesional que ha de ser asumida y aplicada. Es consecuencia de la práctica profesional para la que el enfermero/a se encuentra habilitado y de la cual forma parte activa.³

Existen muchos tipos de prescripción enfermera que no son terapias medicamentosas y conviene tener presentes: ejercicios de fisiología respiratoria; programación de dietas; ejercicios de deambulaci3n; etc., etc., y tantos otros en el casi inagotable campo del proceso enfermero.

Recetar ha de ser la consecuencia transformadora de esa responsabilidad profesional hacia lo formal y legal. Cada profesional ha de asumir su responsabilidad total sobre sus actos profesionales.

Son los enfermeros y las enfermeras quienes han de asumir las responsabilidades derivadas del proceso enfermero superando con ello la secular b3squeda de amparo de responsabilidad en otros profesionales.

Hay que elevar a “normalidad ordenada” lo que es normal y habitual en el ejercicio profesional. Normalidad ordenada que no es sino legalidad.

La normalidad habitual profesional conduce, como veremos en todos los ejemplos más adelante, a una curiosa contradicción: **Los médicos están asumiendo, en la confianza y credibilidad absoluta del quehacer enfermero, la responsabilidad de emitir recetas cuyo contenido es el resultado y la decisión del proceso enfermero.**

Los médicos están haciendo suya una responsabilidad de otros, de los enfermeros, y lo están haciendo formalmente, y esto no es ni justo ni bueno para los médicos ni para los enfermeros.



LA LEY DEL MEDICAMENTO

En España la futura **Ley del Medicamento**, debería contemplar el hecho de que los enfermeros pueden prescribir dentro del ámbito de sus competencias propias o delegadas, adelantándose así a un proceso de evolución que indudablemente ha de llegar y que hoy ya está en los foros de debate de las profesiones sanitarias a partir de las propuestas de la Consejera de Sanidad de Cataluña, realizadas en el entorno del marco de la reunión del Consejo Interterritorial celebrado el 29 de junio de 2005 en la ciudad de Gijón.

La evolución de las expectativas de los cuidados, así como su relación con el Sistema Sanitario concretado en la reciente legislación sanitaria, y **especialmente en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias con el reconocimiento de las competencias, la formación y la participación de los profesionales**, aconsejan sean tenidas en cuenta. Sólo así no se perderá la oportunidad real de reforma y cambio en una parcela clave del Sistema Sanitario que potencie e impulse una política farmacéutica de futuro.

La nueva Ley del Medicamento, que ojalá se llamara **Ley de Prescripción en salud o al menos Ley del medicamento y de la prestación farmacéutica**, ampliándose así desde el campo de los medicamentos hasta el de los productos sanitarios y de cuidados, **habría de contemplar el necesario apoyo a los profesionales con competencias prescriptoras en la adopción de decisiones clínicas y de cuidados sin menoscabo del papel del médico como “principal prescriptor”**.

La farmacoterapia es un aspecto, muy relevante, pero no el único ni exclusivo, en los procesos terapéuticos y de cuidados que han de estar orientados a los resultados en salud.

Si se quiere alcanzar una ley centrada en el paciente la prestación farmacéutica ha de ser entendida como la totalidad de la gran gama de prestaciones y productos que les son propios y no exclusivamente los fármacos.

La asistencia farmacéutica no puede ser entendida sólo en su relación a los fármacos, sino también al resto de dispensaciones necesarias para el cumplimiento oportuno de las diversas terapias para los mejores resultados en salud.

“La prestación farmacéutica comprende, pues, los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo

adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.”⁴

Garantizar los resultados en salud de las prescripciones sanitarias y de su derivada prestación farmacéutica requiere una orientación de los profesionales sanitarios hacia la efectividad de los tratamientos promoviendo actuaciones y normas que aseguren la calidad en la indicación de fármacos y productos mediante la terapéutica apropiada según las necesidades de los pacientes.

La personalización de la asistencia farmacéutica sería parcial si esta fuera entendida nada más que desde la perspectiva del paciente. La personalización tiene que contemplarse como una relación bidireccional profesional - paciente. Es aquí donde encuentra perfecto encaje la **necesidad de que el paciente identifique a su prescriptor, médico o enfermero**, con toda la carga de responsabilidad profesional derivado del acto asistencial. **Cada profesional es responsable de sus actos en la relación asistencial y por lo mismo el paciente, como eje central de los procesos asistenciales, tiene el derecho y el deber de conocer e identificar sin género de dudas quién es y qué hace y cuál es la responsabilidad de cada profesional sanitario.**

La reglamentación que reconozca el rol prescriptor enfermero ha de estar basada en el reconocimiento de la cualificación enfermera y debería pues, regularse, también en esta ley, lo referente a esa cualificación así como su acreditación pertinente.

En modo alguno se podría aceptar la inclusión de los aspectos prescriptores de la enfermería reducidos a una simple y pura actividad de tipo administrativo al servicio de otros, como sucede inaceptablemente en la legislación de la Comunidad Valenciana.⁵

La propia normativa legal habría de ordenar la capacitación prescriptora de los enfermeros, mediante la necesaria **protocolización y consenso de las distintas profesiones sanitarias tituladas** que intervienen en la relación asistencial y de cuidados a los ciudadanos.

Dicha normativa, y ahora que se está en la fase de borradores de la ley es momento oportuno, tendría que incorporar, también como resultado del consenso, tipos y productos que serían susceptibles de prescripción enfermera.



PROPUESTA DE FORMACIÓN

El reconocimiento de la facultad para recetar como consecuencia de la prescripción en enfermería se tiene que amparar en las **competencias adquiridas mediante los pertinentes programas de formación, como sucede en los diferentes países donde ya se reconoce dicha facultad** y los profesionales enfermeros la aplican.

Actualmente en nuestro país el currículo formativo básico en **los programas universitarios de formación enfermera ya contempla farmacología y nutrición y dietética, como materias muy relacionadas dentro del proceso enfermero, con la prescripción.**

Es más, un estudio cuidadoso de los Planes de Estudios de la actual Diplomatura en Enfermería pone de relieve no solo los créditos y la carga lectiva de farmacología en los estudios de grado sino la coincidencia de estos con la farmacología estudiada por los Licenciados en Medicina. Dichos planes de estudios permiten y garantizan, pues, una amplia formación en farmacología avalando de este modo la competencia enfermera específica para la prescripción **muy por encima de la formación que, en esta materia, adquieren otros titulados** como los podólogos y odontólogos..

TITULACIONES

	Departamento Univ.	Créditos	Asignatura	Descriptores
ENFERMERÍA	Farmacología	9.5 en 2º 4.5 en 3º	Farmacología, Nutrición y Dietética Farmacología Clínica	Farmacología Nutrición y Bromatología Utilización racional de los medicamentos. Farmacovigilancia
MEDICINA	Farmacología	9 en 3º 5 en 5º	Farmacología Farmacología Clínica	Farmacocinética y farmacodinámica y grupos farmacológicos. Ensayos clínicos. Farmacovigilancia. Interacciones medicamentosas. Patología medicamentosa hospitalaria. Farmacología clínica en situaciones especiales. Farmacocinética.
FARMACIA	Farmacología	17 en 4º	Farmacología y Farmacia Clínica	Origen, propiedades y mecanismos de acción de los medicamentos. Posología. Farmacoterapia. Información y selección de medicamentos.
ODONTOLOGÍA	Farmacología	7 en 2º	Farmacología	Leyes generales de farmacocinética y farmacodinámica. Valoración de fármacos en humanos. Fármacos de relevancia en el medio odontológico.
PODOLOGÍA	Farmacología	9 en 1º	Farmacología	Acción, efectos e interacciones medicamentosas. Fármacos más comunes empleados en el tto. de las enfermedades.



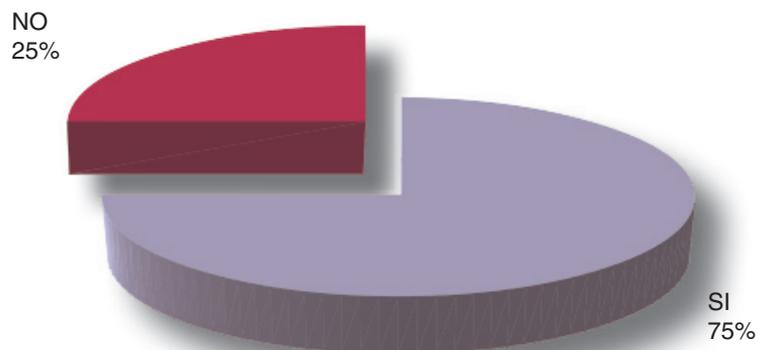
ENCUESTA SOBRE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA

Se presentan los resultados de la encuesta llevada a cabo por el Gabinete de Estudios de la Organización Colegial de Enfermería a través de un cuestionario estructurado remitido a 48 Colegios Provinciales.

Contestaron el cuestionario 14 Colegios Provinciales (Asturias, Ávila, Baleares, Cádiz, Ciudad Real, Córdoba, Guipúzcoa, Huesca, León, Málaga, Murcia, Palencia, Tarragona y Zaragoza), lo que representa el 29% de los Colegios a los que se remitió la encuesta.

El 75 % de las respuestas obtenidas informan que en sus respectivas provincias las enfermeras prescriben, y el 25 % restante dicen que en sus provincias las enfermeras no prescriben.

Las enfermeras de instituciones sanitarias de su provincia, ¿realizan, "en la práctica", prescripción enfermera?



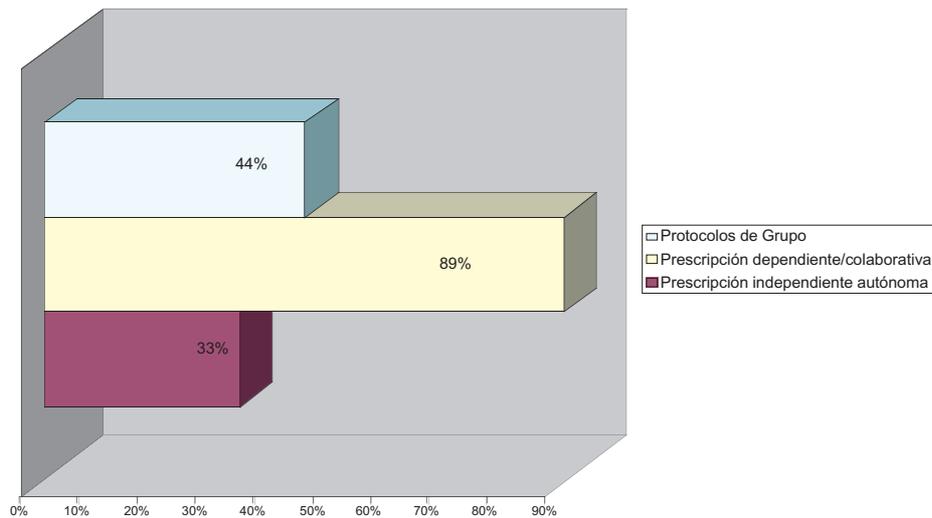
13

Por modalidad de prescripción, según las respuestas de los Colegios que dicen que se prescribe, las enfermeras lo hacen con la siguiente distribución:

- 33 %** hacen prescripción **independiente**
- 88 %** hacen prescripción **dependiente y/o colaborativa**
- 44 %** hace prescripción mediante **Protocolos de Grupo**.

Los datos reflejan que los modelos de prescripción se utilizan de manera simultánea.

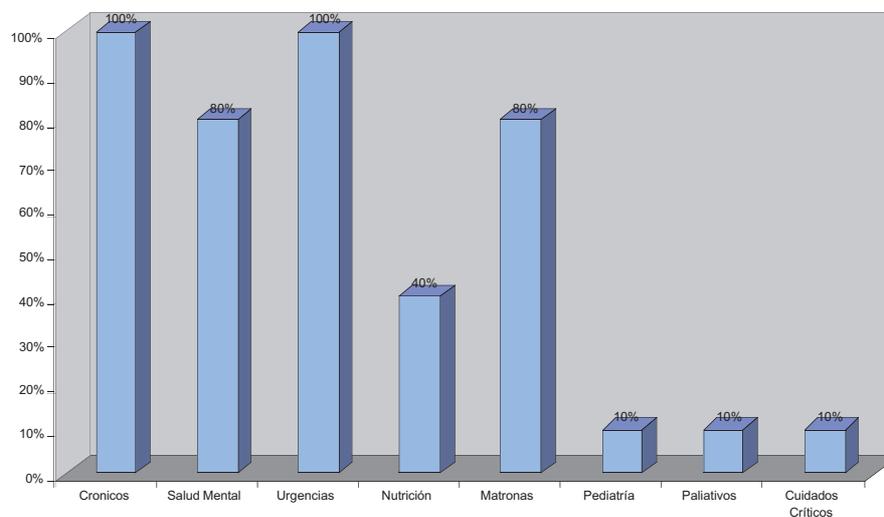
¿Qué tipo de Prescripción?



14

Estos datos ponen de manifiesto que las enfermeras se ajustan en cada caso al tipo de prescripción más adecuado en función de las necesidades de los pacientes bajo fórmulas de trabajo consensuadas.

¿En qué áreas de la práctica prescriben?





Las áreas de la practica profesional donde se prescribe mayoritariamente son crónicos y urgencias, seguidos de Matronas y Salud Mental.

De las nueve provincias donde se prescribe en el 80 % de los casos se realiza prescripción por parte de enfermeras especialistas (Matronas y Salud Mental).

Los enfermos crónicos son los mayores receptores de esta práctica enfermera, seguido de la atención de urgencias.

Llama la atención que las enfermeras especialistas, Salud Mental y Matronas, ejercen mayoritariamente también la prescripción enfermera.

Los Colegios de Enfermería que han participado en el estudio llaman la atención sobre la necesidad de que los protocolos y consensos, como tipo de prescripción enfermera más frecuente, han de servir de base para alcanzar una legislación que reconozca esta actividad y la dote de la autoridad pertinente.

EJEMPLOS CONCRETOS DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN NUESTRO SISTEMA NACIONAL DE SALUD

EJEMPLOS DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA HOY:

Estamos prescribiendo ya, de hecho:

- En situaciones de nutrición enteral
- En situaciones de incontinencia urinaria
- En situaciones de úlceras por presión y heridas
- En situaciones de “pérdida de rango terapéutico del INR” en paciente anticoagulado

16

EJEMPLO 1

Situaciones de nutrición enteral

Las enfermeras, ante situaciones de **Desequilibrio Nutricional por defecto**, como diagnóstico enfermero NANDA, al que corresponden los criterios de resultados de: **(1009)Estado nutricional: ingesta de nutrientes y (1006)Peso: masa corporal**, y por lo tanto son objeto de las intervenciones enfermeras **(1240)Ayuda para ganar peso y (2390)Prescribir medicación**, tras la correspondiente valoración del paciente determinan e indican cuál es la dieta adecuada y en concreto que producto, de la diversa gama existente, reúne las condiciones de preparado que el paciente necesita y la aplicación de dicho tratamiento mediante dosis y frecuencia. **Esto es prescripción enfermera. Es la descripción de un proceso con prescripción enfermera.** Esta situación es seguida de otro proceso distinto como es la asunción de dicha prescripción por parte del médico que la incorpora a su documentación y la traslada, para su aplicación, a otro profesional en una clara relación de clientes internos en el proceso asistencial dentro del hospital.



EJEMPLO 2

Situaciones de incontinencia urinaria

En la práctica profesional los Enfermeros nos encontramos en numerosas ocasiones con el problema que la incontinencia urinaria plantea para el desarrollo de la vida de la población que la padece. Se trata de un problema de etiología variada presente en todas las edades en mayor o menor medida **del cual se deriva un importante gasto socio-sanitario tanto de su tratamiento como de las complicaciones que conlleva su persistencia o falta de terapia específica**, así como de las bajas laborales que ocasiona a los pacientes en actividad laboral.

Los profesionales de Enfermería cualificados y capacitados para su abordaje representamos en la mayor parte de los casos el grupo profesional que da solución al problema. Empleando el juicio clínico enfermero a través del criterio profesional somos capaces de seleccionar entre una amplia gama que la industria ofrece al Sistema Sanitario, el dispositivo y/o producto que mejor se adapta para satisfacer con criterio de resultados las necesidades de salud del paciente, que en cualquier caso irán encaminados a preservar la funcionalidad renal y la evacuación de la vía urinaria eficaz.

Los enfermeros en nuestra actividad gestora somos capaces de optimizar tanto recursos humanos como materiales aportando un valor añadido al Sistema Sanitario a través del producto Enfermero.

CASOS:

2.1. PACIENTE INTERVENIDO DE ADENOMA DE PRÓSTATA CON INCONTINENCIA POR GOTEO DE CAUSA POSQUIRÚRGICA TEMPORAL QUE NO SUFRE RETENCIÓN URINARIA.

Al ser valorado por un profesional de Enfermería, le será prescrita la utilización de dispositivos tipo colector urinario y/o absorbente masculino, en función de la actividad y expectativas del paciente. De este modo conseguimos resolver de forma eficaz su problema de incontinencia y las complicaciones derivadas: disconfort, humedad, olor, alteración de la integridad de la piel, inactividad laboral, alteración de su mundo de relación, etc.

2.2. PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA COMPLETA Y RETENCIÓN URINARIA

La prescripción y abordaje a través de cateterismos vesicales intermitentes pautados de forma periódica, por parte del profesional de Enfermería, e

incluso a través de la Educación para la Salud (EpS), mediante programas de instrucción al paciente y familia para la realización de auto-cateterismo o hetero-cateterismo es una solución eficaz con garantía para la funcionalidad renal.

2.3. MUJER MULTÍPARA CON INCONTINENCIA URINARIA POR GOTEO QUE NO PRESENTA RESIDUO POSTMICCIONAL

Podemos abordar el problema realizando la prescripción de absorbentes y/o dispositivos vaginales complementando el tratamiento con un programa de EpS donde será instruida por profesionales de Enfermería para la recuperación del tono del suelo pélvico a través de la realización de ejercicios de Kegel.

2.4. ENFERMERA COMUNITARIA, TRABAJANDO EN UN CENTRO DE SALUD EN MADRID. VA A REALIZAR UNA VISITA DOMICILIARIA DE CONTROL A MARÍA, MUJER DE 74 AÑOS QUE TIENE DISMINUIDA LA MOVILIDAD.

18

Al valorar su estado actual, en lo referente al nivel de actividad (patrón funcional de M. Gordon), la paciente comenta que cada vez le cuesta más moverse, y que debido a esto ha tenido algún problema “con el pis”. Se realiza recogida de datos referentes a la eliminación urinaria (patrón funcional de M. Gordon) y se valora el patrón en su conjunto, se observa que está alterado.

De tal valoración se deduce que estamos ante un diagnóstico enfermero **NANDA: Deterioro de la eliminación urinaria** cuyas características definitorias son: incontinencia y urgencia y con un factor relacionado: deterioro motor.

Se prescribe el siguiente Plan de Cuidados:

- Criterios de Resultado NOC: Continencia Urinaria, Eliminación urinaria.
- Intervenciones NIC: Cuidados de la incontinencia urinaria, Entrenamiento de la vejiga urinaria.

Como parte del proceso enfermero ante esta situación, y al amparo de la responsabilidad y autonomía propias en el ejercicio de la práctica profesional, **la enfermera prescribe el dispositivo de incontinencia más apropiado para la persona**. El sistema de salud de la comunidad autónoma permite, mediante la asunción como practica habitual, la prescripción realizada, con indepen-



dencia de la capacidad legal reconocida para hacerlo. **Finalmente será el médico correspondiente quien cumplimente con sus datos la receta que la enfermera ha determinado.**

EJEMPLO 3

Situaciones de úlceras por presión y heridas

En el Servicio de Atención Primaria de Salud, en Baleares concretamente, se produce, normalmente en la relación de las actividades asistenciales dentro del equipo de salud, que los enfermeros reciben, con cierta frecuencia, derivaciones de pacientes por parte de los médicos a los efectos de la pertinente valoración para proveer el tipo de cura adecuado de cierto tipo de lesiones dérmicas y úlceras de piel.

Tal derivación se suele acompañar de solicitud del médico para que, a criterio enfermero, se indique la oportunidad de administrar uno u otro tipo de apósito para su aplicación como tratamiento. Esta situación pone de manifiesto que **se requiere la participación de la enfermería en base a su cualificación y profesionalidad amparada en su propia autonomía, y contemplada ésta tanto en el Estatuto de la Profesión, Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, como en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.**

19

Quando, en aplicación del proceso enfermero, se opta por un determinado producto sanitario, frente a otros, para el tratamiento encaminado a la curación de la herida en el entorno de los cuidados, se está realizando prescripción enfermera. **Dicha prescripción enfermera es asumida por el médico que procede a la extensión de la receta oportuna, dado que la recetación es una actuación que la ley, a día de hoy, tiene conferida al médico.**

CASOS.

3.1 ATENCIÓN PROGRAMADA EN DOMICILIO A VARÓN DE 94 AÑOS CON DEMENCIA SENIL AVANZADA E INMOVILIZADO

Plan de Cuidados:

Diagnóstico enfermero NANDA: Deterioro de la integridad Cutánea, factores relacionados: inmovilidad física, extremos de edad y características definitorias: destrucción de las capas de la piel.

Criterio de resultado NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Intervenciones enfermeras NIC: Cuidados de las úlceras por presión, Manejo de presiones, Vigilancia de la piel.

Dentro de las intervenciones, **la enfermera prescribe** el apósito más adecuado al cuidado que la úlcera necesite: parche hidrocoloide extrafino como medida de prevención, parche con iones de plata en heridas infectadas, alginatos en heridas muy exudativas siendo el médico quién transcribe dicha elección al papel (receta) y la firma con su legitimada capacidad.

EJEMPLO 4

Situaciones de “pérdida de rango terapéutico del INR” en paciente anticoagulado.*

En el Distrito Sanitario Jaén (SAS), y en concreto en sus Centros de Salud, **son las enfermeras las que previamente consensuado, a través de protocolo y algoritmos de actuación, vuelven a adecuar las dosis de anticoagulantes orales** (así como “su manejo urgente”) una vez que se ha instaurado el control ambulatorio y domiciliario de ese parámetro a través de medición capilar. A esto se llegó una vez que dicha medida consiguió así descentralizar esa función de los servicios de Hematología Hospitalarios (evitando el desplazamiento innecesario de muchos pacientes y cuidadoras) y siempre bajo la potencial supervisión médica, y metodológicamente ante la detección de numerosos diagnósticos enfermeros como pueden ser: “manejo inefectivo del régimen terapéutico”, “falta de conocimientos relacionado con el tratamiento prescrito”, etc.

Con la capacidad de reevaluación que supone el Plan de Cuidados instaurado alrededor de estos pacientes (alimentación, interacciones farmacológicas, ejercicio, heridas, etc.) una vez detectadas estas situaciones (muchas veces en consulta programada y/o domicilio y otras tantas en los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias) se siguen a través de la comunicación y reevaluación continua que se establece en las siguientes horas entre las enfermeras del EBAP y/o DCCU, además de todo el cortejo de acciones de Educación para la Salud que se pueden llevar a cabo en torno a dichos planes de cuidados y bajo una idea clara de continuidad en el contexto eminentemente enfermero y su potencial “prescriptor”.

(*) Internacional Normalized Ratio. Que debe mantenerse “terapéuticamente” entre 2 y 3 y que viene a medir los niveles de sintrom en sangre (niveles terapéuticos), por lo que es el indicador que nos va a hacer ajustar las dosis de medicación oral, o nos va a indicar una situación de urgencia en la que tengamos que echar mano de heparinas, vitamina k, etc. o su derivación Hospitalaria. Se usa como estándar y cuya medición hace más o menos un año que se hace de forma ambulatoria, con unas medidores parecidos a las de la Glucemia y de sangre capilar, habiéndose evitado primero la extracción venosa, luego el desplazamiento del paciente en muchas ocasiones al hospital y tercero el desplazamiento de la cuidadora al mismo sitio a recoger los resultados....

<http://www.fisterra.com/guias2/tao.asp>



LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y SALUD. EXPERIENCIA EN CATALUÑA

El “plan de invierno – propuestas organizativas para los equipos de atención primaria” - emitido por el Institut Català de la Salut, en Julio de 2005, recoge en un detallado y muy concreto plan, como su propio nombre indica, la aportación de la Enfermería en la campaña para hacer frente a la situación de gripe y resfriado común en época invernal según criterios del propio Institut Català de la Salut.

Estamos ante una disposición no ya de reivindicación del rol enfermero sino en la determinación de dicho rol por una institución sanitaria.

Dicho documento del Institut Català de la Salut se ampara en la evidencia científica para sostener que **“el personal de enfermería está para atender y gestionar problemas de salud de complejidad baja”**. También este documento amparándose en la evidencia científica afirma que **“la implicación de enfermería es una oportunidad para dar a conocer los servicios que lleva a cabo y para promocionarlos, y, a la vez, para mostrar la consulta de enfermería como otra puerta de entrada al sistema sanitario”**.

Considera el documento diversos diagnósticos de enfermería según NANDA, se apoya en el proceso enfermero y recurre a organizar la valoración del paciente basándose en las necesidades según el modelo de Virginia Henderson.

El **objetivo general**, que dicho documento determina, cuando se dirige a la enfermería se describe como **“dar herramientas para el abordaje de la gripe y el resfriado común a los profesionales de enfermería de los equipos de atención primaria de salud del Institut Català de la Salut (ICS)”**.

Tal documento en su conjunto establece una **metodología protocolizada** para el abordaje de las situaciones de gripe y resfriado común por parte de la enfermería, detallando en un algoritmo los pasos para la determinación diagnóstica, prescripción de medicamentos y la facilitación al paciente de los pasos administrativos derivados de la visita de enfermería para la gestión de la baja laboral o descanso pertinente y su reevaluación, o para, en su defecto, la derivación al profesional médico.

La propia institución de salud promueve la facultad y capacidad de la enfermería para intervenir no sólo en la aproximación diagnóstica, sino que va más allá y establece las pautas para la prescripción de determinados fármacos, señalándose dosis y pautas de administración.

PROYECTO NIPE: INTERVENCIÓN NIC 2390 (en fase de estudio de validación en el proyecto NIPE)

PRESCRIBIR MEDICACIÓN

Definición:

Prescribir medicación para un problema de salud.

Actividades:

Evaluar los signos y síntomas del problema de salud actual.

Determinar el historial de salud y el uso previo de medicamentos.

Identificar las alergias conocidas.

Determinar la capacidad del paciente/ familia para administrar la medicación.

Identificar las medicaciones indicadas para problemas habituales.

Recetar medicamentos de acuerdo con el médico y / o el protocolo.

Escribir la receta, con el nombre del fármaco e incluyendo la dosis y las instrucciones de administración.

Deletrear abreviaturas que se pueden confundir fácilmente (p. ej., microgramos, miligramos, unidades).

Verificar que los puntos decimales utilizados en la dosificación se ven claramente utilizando los ceros delante del punto decimal (p. ej., 0,2 frente a 2).

Evitar el uso de ceros detrás del punto decimal (p. ej., 2 frente a 2,0). Utilizar métodos de prescripción electrónica, si existen.



Utilizar abreviaturas, acrónimos y símbolos estandarizados.

Verificar que todas las órdenes de medicación están escritas correctamente, por completo y con la discriminación necesaria para su uso.

Seguir las recomendaciones para el comienzo de las dosis de la medicación (miligramos por peso corporal en kilos, área de superficie corporal o dosis mínima efectiva).

Consultar con el médico, si procede.

Consultar Physicians' Desk Reference y otras referencias, si es necesario.

Consultar con los representantes de las empresas de los medicamentos, si resulta oportuno.

Enseñar al paciente y/o a la familia el método de administración de la medicación, si procede.

Explicar al paciente y/o a la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.

Proporcionar alternativas para la sincronización y modalidad de autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente.

Instruir al paciente y la familia sobre cómo rellenar la receta, si es necesario.

Explicar al paciente/familia cuándo deben solicitar asistencia adicional.

Observar los efectos terapéuticos y adversos de la medicación.

Mantener el conocimiento de la medicación utilizada en la práctica, incluyendo indicaciones de uso, precauciones, efectos adversos, efectos tóxicos e información sobre las dosis, según requieran las autoridades y regulaciones de prescripción.

Bibliografía:

ANONYMOUS. (2(X11). Issue: Nurses impact 2001: Recognizing, nursing's independent license: Prescriptive authority for APNs. Michigan Nurse, 74(3Suppl). Retrieved May 10, 2002, from <http://80gateway1.ovid.com.proxy.lib.uiowa.edu/ovidweb.cgi>

ANONYMOUS. (2001). ARNP prescriptive authority rules approved at joint meeting. Washington Nurse, 31(2). Retrieved May 10, 2002, from <http://80-gateway1.ovid.com.proxy.lib.uiowa.edu/ovidweb.cgi>

FREEMAN, G. (ED.). (2002). Medication errors related to poor communications. Healthcare Risk Management, 24(1), 9-10.

TALLEY, S., & RICHENS, S. (2001). Prescribing practices of advanced practice psychiatric nurses: Part I- demographic, educational, and practice characteristics. Archives of Psychiatric Nursing, 15(5), 205-213.



PRESCRIPCIÓN ENFERMERA: EVOLUCIÓN MUNDIAL

Situación Actual

El **Consejo Internacional de Enfermeras** publicó en 2000 una monografía sobre la prescripción enfermera que se estaba estableciendo hacía más de una década en varios países y la ha actualizado con otra **nueva monografía en 2004**.

En estas publicaciones se constata que durante las **últimas dos décadas**:

- **se ha producido un aumento del número de países que ya han establecido la prescripción enfermera;**
- **que hay un creciente interés para autorizar la prescripción en otros países;**
- **que se han sucedido cambios muy significativos en el rol de los enfermeros**, muy innovadores y ampliados, y
- **la autoridad para prescribir se considera como un avance de la profesión y un rol avanzado.**

Enfermera de Práctica Avanzada: definición ICN 2002

En 2002 la Red de Enfermería de Práctica Avanzada anunció la posición del CIE sobre práctica avanzada para facilitar un entendimiento mundial de este rol avanzado, con la siguiente definición:

Una enfermera de práctica avanzada es:

Una enfermera registrada

- que ha adquirido una base de **conocimiento especializado**,
- que posee **habilidades** para tomar decisiones y
- que tiene **competencias clínicas** para dicha práctica avanzada
- dentro de las características que conforman su propio **contexto** o país en las cuales el enfermero está acreditado para ejercer, y
- se recomienda un grado de **Master/Especialista** para el nivel de entrada.

Uno de los aspectos centrales del ámbito de competencia de esta práctica es la **autoridad para prescribir** que apoya la autonomía profesional y la práctica independiente, y otros aspectos de la práctica avanzada / especializada.

PAÍSES CON PRESCRIPCIÓN ENFERMERA AUTORIZADA

Australia	Francia
Canadá	Bostwana
Estados Unidos	Zambia
Nueva Zelanda	Sudáfrica
Reino Unido	Irlanda
Brasil	

En todos ellos, la práctica avanzada/ESPECIALIZADA se considera necesaria para asumir esta competencia.

Evidencia científica.

26

En la literatura disponible se identifican las siguientes razones para este desarrollo en diferentes países (Dott, 1999; Cornwell y Chiverton, 1997; David y Brown, 1995):

- **La necesidad de mejorar la provisión del cuidado a los pacientes** que se ha detectado sobre todo en la comunidad y en la áreas rurales;
- **Uso más efectivo del tiempo y los recursos;**
- **Necesidad de aumentar el estatus profesional**, entendido como la legitimación del trabajo autónomo del que actualmente son responsables;
- **Mejora de la relación entre los profesionales de salud.**

Beneficios

Estas razones justifican el hecho de que **no son únicamente las enfermeras las que demuestran interés por la prescripción enfermera**; los profesionales de la salud, y gestores tienen algo que ganar con su introducción y **existe evidencia empírica de que los pacientes también sienten que están ganando con su introducción, lo mismo que los sistemas de salud.**



MODELOS DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

La prescripción enfermera es un término que se usa para describir más de un tipo de práctica en diferentes países y es importante su definición.

Existen **cuatro modelos** en los que la enfermera puede participar en la prescripción:

1.- PRESCRIPCIÓN INDEPENDIENTE / AUTÓNOMA / O SUSTITUTIVA.

La enfermera responsable de prescribir tiene la completa responsabilidad de la valoración del paciente, determina la medicación, el tratamiento o aplicación, y emite la prescripción

En este, **el profesional responsable de prescribir tiene la completa responsabilidad de la valoración del paciente** /cliente, usualmente haciendo un diagnóstico diferencial que lo hace un profesional clínico desde una gama de posibilidades sugeridos por la presentación de signos y síntomas y problemas de salud del paciente. **El profesional de la salud determina la medicación, tratamiento o aplicación y emite la prescripción.**

Esta categoría en muchos países estaba limitada a médicos, dentistas y veterinarios, pero **las enfermeras en varios países ya tienen derechos de prescripción independientes**. Esta prescripción la hacen las enfermeras en algunos países con un formulario limitado a un definido número de drogas y medicaciones para las enfermeras de distrito y enfermeras visitadoras, ejemplo del **Reino Unido**, o un formulario abierto, tal como ocurre en muchos estados de los **Estados Unidos**.

2.- PRESCRIPCIÓN DEPENDIENTE / COLABORATIVA / SEMIAUTÓNOMA /COMPLEMENTARIA / SUPLEMENTARIA.

La enfermera prescribe en colaboración con un prescriptor independiente pero no necesita su supervisión directa

Esta prescripción es útil para hacer nuevas prescripciones después de que la prescripción inicial se ha emitido

Una enfermera u otro profesional pueden prescribir como un prescriptor “dependiente” en colaboración con un prescriptor independiente, usualmente un profesional médico, pero **no necesita supervisión directa del profesional independiente antes de emitir la prescripción.**

Esta prescripción **puede ser útil para hacer nuevas prescripciones después de que la prescripción inicial se ha emitido.**

Sin embargo la prescripción dependiente no puede considerarse como el escribir repetidas prescripciones ya que **el prescriptor dependiente debe tener la autoridad de adaptar algunos aspectos de la prescripción, tal como la dosis o la frecuencia.**

La prescripción suplementaria se ha implementado en el **Reino Unido** (Cassidy 2002).

Con diferencia de otras prescripciones ésta hace responsable de la prescripción al profesional médico y no al enfermero.

3.- PROTOCOLOS DE GRUPO.

Es una instrucción escrita, para proveer determinadas medicinas, en una situación clínica identificada y establecida por el equipo interdisciplinar para algunos grupos de pacientes

Estos se definen como:

- Una **instrucción escrita**
- Específicamente **para proveer y administrar determinadas medicinas**
- En una **situación clínica identificada.**
- **Establecido por profesionales interdisciplinarios, asesorados por comités consultivos relevantes.**
- **Se aplica a grupos de pacientes**, u otros servicios a usuarios que pueden no ser identificados individualmente antes de la prescripción del tratamiento. (Cresswell, 1998).

El uso del protocolo no se considera prescripción independiente, estos



únicamente permiten a los enfermeros u otros profesionales de salud administrar medicaciones dentro de los términos de un predeterminado protocolo.

Este puede ser un paso intermedio en la evolución hacia la **prescripción enfermera independiente**, proporcionando a los enfermeros experiencia de prescripción bajo protocolos y demostrando sus capacidades.

En el Reino Unido los protocolos se vienen utilizando desde hace más de 10 años y las enfermeras de todas las especialidades han informado que se beneficiaron con la práctica (Jones,1999), pero han expresado la preocupación sobre la posición legal de los enfermeros administrando medicación de esta forma, especialmente porque los protocolos están diseñados para grupos de pacientes, más que para pacientes individuales, y se usan localmente, lo cual puede dar lugar a variaciones y discrepancias en la práctica a través del país.

Este modelo no es claramente prescripción enfermera, sino administración bajo la autoridad y prescripción de un profesional médico.

4.- PRESCRIPCIÓN DE TIEMPO Y DOSIS.

29

Se permite a los enfermeros adecuar el tiempo y la dosis de las medicaciones

No es claramente prescripción enfermera, sino administración bajo la autoridad y prescripción de un profesional médico

Esto incluye **especialistas trabajando con protocolos específicos para los pacientes**. El modelo permite a los enfermeros adecuar el tiempo y dosis de medicaciones particulares y **se ha usado extensivamente en el Reino Unido** por enfermeras psiquiátricas de la comunidad, especialistas en diabetes y cuidados paliativos. Este modelo **no es claramente prescripción enfermera, sino administración bajo la autoridad y prescripción de un profesional médico**.

Países con autorización para la prescripción enfermera

En 2000 existían seis países con autorización para la prescripción enfer-

mera: Suecia, Australia, Estados Unidos de América (USA), Reino Unido (UK), Canadá y Nueva Zelanda. Actualmente, a los anteriores se han agregado, Sudáfrica e Irlanda.

Todos estos países tienen en común **organizaciones profesionales con un fuerte liderazgo** y una **buena base educativa** de los enfermeros que les da la capacidad y seguridad para argüir sobre el derecho a la prescripción enfermera, además estos países tienen sistemas de Salud con una enfermería de la comunidad muy bien establecida y roles avanzados / **especialistas de enfermería**. **Para estos sistemas la prescripción enfermera es una opción atractiva para promover la provisión efectiva de los recursos de salud y contener el coste sanitario.**

Aspectos que se resaltan de los países de los que el CIE ha hecho seguimiento

Desde que se publicó la monografía del CIE, 1999, con 6 países como casos, se han producido desarrollos en una serie de países alrededor del mundo en los que los enfermeros han obtenido la autoridad para prescribir.

30

Los países que se incluyeron para estudio son ejemplos de casos del proceso de cambio durante el desarrollo de la prescripción enfermera. **Proceso que ha ido cambiando desde el uso de formularios limitados a la prescripción independiente**, proceso en el cual las organizaciones de enfermería y las mismas enfermeras han puesto una gran cantidad de esfuerzo y educación específica para la prescripción.

La práctica avanzada / especialista parece ser necesaria para extender el rol ampliado a la prescripción enfermera.

Como resultado de las experiencias de estos países el impacto mundial es creciente.

Aunque el enfoque de la prescripción enfermera en cada país ha sido variado, hay ciertos **temas comunes** que emergen de su trayectoria y se ha desarrollado un marco de referencia común. Algunos de los **elementos claves** identificados como importantes en el proceso de lograr la autorización para la prescripción enfermera son:



¿Por qué la prescripción enfermera es tan importante?

- Porque existe la necesidad de mejorar el servicio a los usuarios..
- Para mejorar el costo-efectividad y
- Para hacer mejoras profesionales.

La evidencia científica se tiene que incorporar completamente en este área.

¿Cómo se puede lograr?

En cada país se necesitó un procedimiento formal para asegurar el establecimiento de una legislación que permitiera a los enfermeros prescribir. **Este procedimiento legislativo es usualmente lento con numerosas etapas a seguir para que se logre. Los enfermeros necesitan aliarse con otros grupos y asesoría legal para lograr un impacto legislativo.**

¿Quién prescribe?

Los modelos descritos anteriormente sugieren que **han sido los enfermeros de la comunidad o enfermeros trabajando en áreas rurales los que inicialmente han participado en la prescripción.** Las razones son:

- 1) Que la necesidad del consumidor puede identificarse rápidamente, ya que el acceso a las prescripciones de los médicos pueden ser limitadas comparadas con los hospitales;
- 2) El creciente enfoque del cuidado en el sector de la atención primaria ha aumentado la carga del trabajo del personal médico, y la prescripción enfermera puede aliviar este hecho, y
- 3) La prescripción en estas áreas puede seleccionarse estratégicamente , puesto que no parece ser una amenaza al poder básico de otros profesionales, especialmente médicos. **Algunos países (por ejemplo Sudáfrica, USA y Australia) han unido la prescripción al desarrollo de la enfermería avanzada / especialista, en otros (por ejemplo en el Reino Unido y Suecia) no existe este enlace de forma tan cercana.**

Lográndose la autoridad para un grupo de la profesión se tiene una plataforma desde la que se puede desarrollar la prescripción en otras áreas de la profesión.

Trabajo con otros grupos / influencia en el proceso de políticas.

Esta parece ser la clave en el desarrollo de la prescripción enfermera. Las organizaciones profesionales en los países que han tenido éxito en obtener derechos para la prescripción enfermera han sido muy activas en **asegurar el apoyo político y persuadir a los cuerpos legislativos** para apoyar la prescripción enfermera. Aunque en la experiencia de estos países se ha notado la **oposición de las organizaciones médicas**. Hay ejemplos positivos (Reino Unido) de cómo **cuando a estos grupos se les incluye y se les consulta desde el comienzo del proceso es posible que apoyen el cambio**. O por lo menos, neutralizar su oposición.

Evidencia del coste - efectividad.

Los gobiernos o cuerpos legislativos requieren cierta **seguridad desde el comienzo de que la prescripción enfermera puede mejorar el coste-efectividad**. Existe una experiencia de evaluación, en cada uno de los países que tienen autorización para la prescripción enfermera y **la mayoría de los resultados que se han publicado apoya la prescripción enfermera, primordialmente en base a que mejora el acceso de los usuarios, la calidad del cuidado, y el coste-efectividad.**



DESCRIPCIÓN Y RESUMEN DE LAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE LA PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERAS*

La prestación de la atención proporcionada por las enfermeras ha experimentado un cambio significativo en la escena internacional debida a una variedad de factores interrelacionados, incluidas las circunstancias económicas, un menor número de médicos, la no disponibilidad de los servicios de salud adecuados en las zonas subatendidas y rurales y la especialización creciente entre las profesiones. Estos factores, unidos a la creciente especialización de las enfermeras además del rol ampliado y avanzado de la práctica, han hecho de la prescripción un componente esencial del manejo de medicaciones por las enfermeras en el Reino Unido, los Estados Unidos, el Canadá, Nueva Zelanda, Australia y Suecia, y sus experiencias se examinan a continuación.

Reino Unido

En 1989, el informe del *Grupo de Consulta sobre la Prescripción de Enfermeras*, conocido como Crown 1, (DH, 1989) recomendó que las enfermeras responsables de un distrito o las enfermeras visitadoras debían poder prescribir utilizando un formulario limitado, que incluía medicamentos sin prescripción y un pequeño número de medicamentos con prescripción. También recomendó que los médicos y las enfermeras deben colaborar para formular protocolos de grupo que permitan el suministro y la administración de los medicamentos por parte de las enfermeras a grupos de pacientes con necesidades similares (por ejemplo, vacunaciones).

El gobierno apoyó en 1994 la recomendación para la prescripción independiente limitada y los cambios legislativos se hicieron autorizando su primera aplicación a modo de pilotaje. (Caulfield en Jones, 1997).

Un segundo informe Crown, emitido en dos partes, examinó tanto el tema de protocolos (DH, 1998) como la extensión de los derechos de la prescripción a otros grupos profesionales (DH, 1999). La primera parte trató exclusivamente los protocolos del grupo, denominados como direcciones para grupos de pacientes, que proporcionaron un marco para la práctica segura y eficaz de los protocolos. Los cambios en la ley también se recomendaron para asegurar la legalidad de las *direcciones de grupos de pacientes*, y el gobierno aceptó esta recomendación.

(*) Review of Nurses and Midwives in the Prescribing and Administration of Medical Products. Final Report June 2005. An Board Altranais and National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. Ireland.

Los profesionales de la asistencia sanitaria cualificados para proveer o administrar los medicamentos a grupos de pacientes incluye a enfermeras, matronas, enfermeras visitadoras, farmacéuticos, paramédicos de ambulancia, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y radiógrafos (NHS Modernisation Agency – Changing Workforce Programme and Department of Health –Core Prescribing Group, 2005). Desde 2003, muchas organizaciones fuera del Servicio Nacional de Salud también están autorizadas para usarlos. Los medicamentos que pueden proveerse o administrarse bajo dirección a grupos de pacientes incluyen a la mayor parte de las fármacos autorizados, y de los medicamentos con prescripción de venta en lugares generales. Fueron excluidos los medicamentos programados inicialmente controlados. Sin embargo, en 2003 el gobierno enmendó la legislación pertinente sobre el *Uso Indebido de Medicamentos Ley* (1971) y los reglamentos asociados para permitir a otros muchos la provisión bajo protocolo.

El segundo y el informe final Crown 2, realizado en 1999, recomendaron que la autoridad legal en el Reino Unido para prescribir debía extenderse a todas las enfermeras registradas y a otros profesionales de la salud (DH, 1999). En 2001, la legislación determinó a las enfermeras en varios entornos permitirles prescribir de una lista ampliada de medicamentos (aproximadamente 140 medicamentos). La legislación adicional en 2004 amplió el listado de medicación e incluía un número más amplio de situaciones de salud que las enfermeras prescriptoras podrían tratar.

La consulta del gobierno con los “interesados directos” es clave para progresar en la ampliación de la prescripción independiente y el número de medicamentos autorizados en el listado para las enfermeras prescriptoras (DH, 2005a).

El Crown 2 también recomendó la introducción de una nueva forma de prescripción, para ser aplicado después de haber hecho un diagnóstico, y dentro de un Plan de Manejo Clínico formulado por un médico de acuerdo con el paciente. En abril de 2003 se introdujo la **prescripción suplementaria** para las enfermeras registradas, las matronas y los farmacéuticos. Estos prescriptores están autorizados legalmente para prescribir de una más amplia gama de medicamentos que las enfermeras prescriptoras independientes que pueden administrar en condiciones de salud más complejas después que el médico realice la evaluación inicial y la planificación de tratamientos. No hay ningún listado de medicación específico y los prescriptores suplementarios tienen la discreción para adecuar la dosificación, la frecuencia y los principios activos de la medicación dentro de los límites del plan de manejo clínico acordado (DH, 2005b).

Las matronas están autorizadas por la legislación para proveer y administrar medicamentos específicos sin la necesidad de una prescripción. Los cambios en la legislación de medicamentos para avanzar en la prescripción de enfermeras han impulsado a las organizaciones profesionales de matronas a considerar los diversos modelos de prescripción para ser adoptados para su propia especialidad.



La formación y preparación inicial para las enfermeras prescriptores, empezados a mediados de los años noventa, se reemplazó a principios de 2004 con un nuevo curso que tiene lugar durante un período de tres a seis meses, incluidos 25 días en una universidad y 12 días clínicos con la supervisión de un médico. El Departamento de Salud ha recomendado que las enfermeras propuestas para prepararse como enfermeras prescriptoras tienen que tener una experiencia posregistro de al menos tres años (NHS y DH, 2005). La estructura de la formación para la prescripción suplementaria se basa en un modelo de formación con un módulo adicional que trata el contenido y el concepto del modelo.

Estados Unidos

La prescripción de enfermeras han evolucionado en los EE.UU. más allá del ámbito de las funciones enfermería de práctica avanzadas tales como enfermera de atención primaria y matrona (Towers, 1999). La capacidad de la enfermera de práctica avanzada para realizar las evaluaciones integrales de salud, hacer los diagnósticos clínicos y prescribir los tratamientos fue reconocida por los prestadores de asistencia sanitaria y las organizaciones como parte del rol ampliado de la práctica en la provisión de la atención primaria.

Las políticas de atención de salud federal y estatal han influido en la iniciación y desarrollo de ejercicios avanzados de enfermería a través del proceso continuo de atención de salud. No había ninguna política o legislación a un nivel nacional que dejara puertas abiertas para que la enfermera de ejercicio de práctica avanzada pudiera obtener la autoridad prescriptiva; el ejercicio de enfermería se reglamenta a nivel estatal, y cada estado legisla a su modo.

Medicare y Medicaid (dos programas administrados a niveles de gobierno del estado y federal para proporcionar atención de salud a individuos aptos) han reconocido el valor de la enfermera de práctica avanzada al proporcionar atención de calidad y coste eficacia, mediante ordenación del reembolso por sus servicios. Estos programas, junto con la demanda y preferencia de los consumidores, han contribuido al creciente número de enfermeras de práctica avanzada y forzado el programa de cambios legislativos y reglamentarios para permitir a estos profesionales la prescripción para sus pacientes y clientes.

Inicialmente, en los estados donde las enfermeras trabajan como enfermeras de atención primaria, la legislación se introdujo para permitirles prescribir los medicamentos bajo las reglas y reglamentos de las Juntas Reguladoras de Medicina y Enfermería, y la autoridad prescriptiva para enfermeras de práctica avanzada se limi-

tó a un modelo dependiente /colaborativo. Luego la autoridad de prescripción progresó al permitir prescribir un número limitado de medicamentos mediante un formulario escrito. Desde entonces estos formularios, que a menudo eran limitados, se han reemplazado en muchos estados mediante los acuerdos de prácticas colaborativos entre el médico y la enfermera de práctica avanzada, cuya autoridad para prescribir medicamentos sigue evolucionando en los Estados Unidos, en particular con respecto a los medicamentos con programas controlados (Fennell, 1991; McDermott, 1995; Pearson, 2003).

Anualmente se publica un resumen de la legislación para la enfermería de prácticas avanzada por la Academia Estadounidense de las Enfermeras de Atención Primaria, que detalla la evolución de las autorizaciones de prescripción (Pearson, 2003; Phillips, 2005). En 2005, 13 estados y el Distrito de Columbia autorizan a las enfermeras de práctica avanzadas para prescribir independientemente, incluidos los medicamentos controlados. Treinta y tres estados requieren algún grado de participación de médicos o delegación para la redacción de prescripciones a las enfermeras de práctica avanzadas; esto incluye medicamentos controlados. En cuatro estados a las enfermeras de práctica avanzadas no se les permite prescribir los medicamentos controlados; sin embargo, pueden prescribir otros medicamentos con la participación de un doctor. Esto puede incluir los requisitos establecidos del estado para los acuerdos de prácticas colaborativos entre la enfermera de práctica avanzada y el médico.

Esas enfermeras de práctica avanzadas que reciben la pertinente autoridad prescriptiva regulada por los organismos del estado requieren para ejercer una formación extensa en farmacología, evaluación física, toma de decisiones y aptitudes de diagnóstico clínicas en grado, del nivel de master (Academia estadounidense de las Enfermeras de Atención Primaria, 1998; Colegio Estadounidense de Enfermeras, 1998; Pearson, 2003). En muchos estados, la certificación y los requisitos de educación continua nacionales, alguna incluyendo horas específicas de la unidad en la farmacología, han estado incluidas en las políticas reglamentarias para la prescripción de enfermeras. Las horas para estos cursos pueden variar según cada estado (McDermott, 1995; Pearson, 2003; Phillips, 2005).

Canadá

La función de práctica de enfermería avanzada y la autoridad prescriptiva en el Canadá es difícil de analizar ya que hay gran variabilidad debido a la reglamentación tanto los niveles federal como provinciales (de Leon, Chalmers y Askin, 1999). Esencialmente, las enfermeras que pueden prescribir en el Canadá están trabajando o como enfermeras de atención primaria o en una función de práctica avanzada en regiones remotas y aisladas. La ejecución de los derechos de la prescripción para las enfermeras no ha ocurrido por sí mismo sino como parte de las funciones de la



enfermera de atención primaria y las enfermeras que trabajan en las zonas remotas y aisladas con las comunidades indígenas.

Hay una clara diferencia con respecto a la autoridad prescriptiva entre el trabajo como enfermeras de atención primaria y el trabajo en las áreas aisladas. La función de la enfermera de atención primaria en el Canadá tuvo su comienzo en los años setenta. Sin embargo, no fue hasta mediados de los años noventa, con el interés del gobierno para mejorar la atención de salud en la comunidad, que se han realizado esfuerzos significativos para ampliar el rol de enfermeras en la práctica. Siguen estructurándose marcos normativos para las enfermeras de atención primaria; muchas provincias están también ejecutando la legislación para prescribir y, en algunas áreas esto se extiende a las enfermeras de atención primaria que trabajan en los entornos hospitalarios de agudos (Asociación de Enfermeras de Atención Primaria de Ontario, 2005). Las provincias de Ontario, Alberta y British Columbia son los ejemplos en donde se han hecho los adelantos más significativos. Las enfermeras con empleo federal han podido prescribir desde los principios de años noventa como parte de su prestación de la atención médica para satisfacer las necesidades de salud de las comunidades remotas, aisladas e indígenas. Se creó un Sistema de Clasificación de Medicamentos de Enfermeras como parte del marco que permitiera a estas enfermeras prescribir ciertos medicamentos, basados en la necesidad de consulta o tratamiento de médicos iniciado por la enfermera además de otras variables (Buchman y Calman, 2000).

Se han formulado también para uso por estas enfermeras guías de práctica clínica para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de entidades de enfermedades y situaciones de urgencia comunes (Health Canada, 2001). El programa educativo consta de un curso de posgrado de 16 semanas que contiene preparación clínica para el desarrollo de las matronas, que es una profesión en rápido crecimiento en el Canadá, así como legislación y modelos de asistencia de matronas que son diversos en el país (Asociación canadiense de Parteras, 2005). Algunas provincias o territorios tienen legislación de matronas, y otros están en el proceso de desarrollarlo. Donde se reglamentan los ejercicios de matronas, hay grados variables de autonomía y autoridad prescriptiva. Una directiva médica es una forma de prescripción similar al modelo de protocolos, usado por las enfermeras y las matronas. Se define como la orden de un médico, que puede aplicarse a una variedad de pacientes/clientes que reúnen ciertas condiciones. Se proporcionan normas estrictas para las directivas. Se identifica la medicación específica, la condición particular que se ha de reunir y cualquier circunstancia específica que deba tenerse en cuenta antes de ejecutarse la directiva (Universidad de Enfermeras de Ontario, 2004).

Nueva Zelanda

La prescripción por las enfermeras se ha desarrollado en paralelo a la función de la enfermera de atención primaria (Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda, 2001). En 1999, tras consultar con los interesados directos, el gobierno de Nueva Zelanda aprobó la autoridad para la prescripción limitada a ciertos roles de enfermería de práctica avanzada en la asistencia a los ancianos y la salud familiar e infantil. Estas dos áreas de la práctica se seleccionaron por los beneficios percibidos en relación con la mejor flexibilidad en la prestación de la atención médica a estas poblaciones y también porque mejoraban el acceso al tratamiento.

La ley de Medicamentos de Nueva Zelanda, de 1981, se enmendó en 1999 para permitir una nueva clase de profesionales designados con autoridad para prescribir. El modelo introducido para la práctica prescriptora fue autónomo, sin supervisión de un médico.

El Ministerio de Salud encargó al Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda la responsabilidad para el establecimiento de los requisitos de competencia de la práctica de especialidades avanzadas, de experiencia y de preparación de las enfermeras de atención primaria que tenían autoridad para prescribir. El Consejo de Enfermería requiere que un profesional que solicita incorporarse al registro de enfermeras prescriptoras de atención primaria ha de tener un mínimo de cuatro a cinco años en un área de especialista y tener el equivalente de la formación del nivel de un master de una escuela aprobada por el Consejo de Enfermería.

Los cambios originales hechos a la legislación en 1999 de medicamentos se enmendaron en 2004. Como resultado, cada registro autorizado es responsable de la aprobación de la lista de medicamentos para prescribir por cada prescriptor según su rol de práctica (Hughes y Lockyer, 2004).

El Ministerio de Salud identificó que, en la prestación diaria de la atención médica, las órdenes permanentes y los protocolos de medicación se usaron como medios profesionales de asistencia sanitaria para proveer o administrar los medicamentos. Después de la consulta pública sobre el tema, la legislación se aprobó en 2002 para las normas sobre el desarrollo y la operación de las órdenes permanentes (Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, 2002). Las prácticas de la auditoría y aplicación de las multas por el incumplimiento estaban incluidas en este marco normativo.



Australia

Ha habido una ampliación del rol de la práctica y de la autoridad prescriptiva limitada de las enfermeras en muchas áreas de Australia, para mejorar la prestación de atención de salud en las zonas rurales, deprimidas y de pocos servicios, que han adolecido de servicios médicos no disponibles o poco accesibles. En toda Australia, los estados individuales son responsables de la autoridad prescriptiva determinante para las enfermeras. En muchos de estos estados, como Australia Occidental, Victoria y Nueva Gales del Sur, esta autoridad se ha coordinado para definir el rol de la práctica para las enfermeras de atención primaria en sus áreas respectivas (Universidad Real de Australia de Enfermería, 2002). Como en los Estados Unidos, existen diferencias dentro de ambas estructuras reglamentarias legislativas y profesionales para las enfermeras prescriptoras. Es sumamente característico el modelo colaborativo de práctica prescriptora según las funciones de prácticas avanzadas en la comunidad y en los entornos de atención de agudos.

El estado de Queensland ha ejecutado un método único de ampliación de las prácticas enfermeras de gestión de medicaciones que permite a los profesionales con preparación avanzada iniciar intervenciones médicas sin las órdenes de un médico. Se han establecido protocolos de gestión sanitaria y Protocolos de Farmacoterapia a través de la ley para proporcionar un mecanismo reglamentado a los proveedores de servicios de salud para satisfacer las necesidades de medicamentos y tratamientos médicos de la población, en particular en las zonas rurales y remotas (Queensland Nursing Council, 1999).

Abarcan una variedad extensa de condiciones de salud e intervenciones médicas asociadas que se detallan en el Manual de Atención Clínica de Atención Primaria usado en la práctica enfermera (Queensland Health y Royal Flying Doctor Service, 2001).

La reglamentación de la práctica de matronas y enfermeras varía considerablemente entre ocho estados y los territorios de Australia. En el informe del grupo de trabajo, *Guía de los Servicios Ofrecidos por las Matronas* (National Health Medical Research Council, 1998), tanto el gobierno como las organizaciones profesionales a nivel nacional y de estado/territorio están abordando los niveles dispares de educación y reglamentación.

Suecia

Las enfermeras distritales que practican en la atención de salud y los entornos de atención médica fuera de los hospitales han tenido autoridad de prescripción del gobierno desde 1994, después de un trabajo piloto en 1988 (Wilhelmsson, Ek y Kerlind Å, 2001). Están autorizadas estas enfermeras para prescribir los medicamentos para ciertas indicaciones. Más de 230 medicamentos para más de 60 indicaciones de salud y sus condiciones están disponibles para ser tenidas en cuenta por las enfermeras. En 1997, el gobierno evaluó las prácticas de prescripción de estas enfermeras distritales, y esto indicó que había habido muchos resultados positivos (Socialstyrelsen, Junta Nacional de Salud y Bienestar Social, 1997). Como consecuencia directa, el gobierno ha extendido recientemente a la autoridad de prescripción a las enfermeras que trabajan con las autoridades locales en la atención de los ancianos.

Las matronas en Suecia utilizan tanto modelos independientes como colaborativos, la mayoría preferentemente en la planificación de la familia con la prescripción de los anticonceptivos orales.

Los requisitos formativos para las matronas incluyen el trabajo como enfermera general durante un año seguido de 18 meses del adiestramiento especializado (Ragnar, Tydén y Olsson, 2003).



CUADRO COMPARATIVO POR PAISES

	Quien prescribe	Formación	Otros profesionales	Regulación Profesional / Legislación	Costes y evaluación	Evidencia Científica	Beneficios para el país
Reino Unido desde 2003	Todas las Enfermeras de primer nivel que han optado a prepararse para prescribir	Preparación previa para prescribir que será de 28 días, más otros dos días adicionales de preparación para prescripción suplementaria.	El Colegio de Enfermeras del Reino Unido pensó hacer un acuerdo con las organizaciones de médicos y farmacéuticos para hacer lobby al gobierno. En general no hay oposición de los médicos. Uno de los beneficios percibidos será la facilitación del trabajo de los médicos.	Enfermeras Registradas a nivel nacional. El aspecto de la indemnización por responsabilidad, al nivel de la enfermera individual no está claro. Sin embargo, el empleador (en el caso de la mayoría de las enfermeras comunitarias o de práctica general) podría también tener alguna responsabilidad.	Departamento de Salud/ Análisis Touche Ross de Costo Beneficio (1991) Concluyo sobre los principales beneficios de la prescripción por enfermeras ahorrando tiempo del paciente, de los médicos y enfermeras.	Luker et al (1998) Departamento de salud/ Touche Ross (1991)	Mejores resultados o equivalentes en los resultados de salud. Mejora de la conveniencia del paciente. Más práctica profesional adecuada. Uso efectivo de recursos
Suecia desde 1985	Enfermeras de AP.Y de cuidados geriátricos que han cumplimentado un curso de entrenamiento requerido.	10 semanas para una Enfermera Especialista. 20 para una no especialista. No hay programa de educación continua en curso	Críticas desde los médicos, particularmente de enfermeras que hacen diagnóstico. Los medicamentos elegidos para el formulario tienen perfiles de riesgo aceptados.	Enfermeras Registradas a nivel nacional. La indemnización profesional es responsabilidad individual de la enfermera.	La Junta Nacional de Salud y Servicio social detectó mejoría en el cuidado, mejor comunicación entre los profesionales y mejor acceso al paciente.	N/A	Los beneficios encontrados son: mejora de los servicios a los clientes. Disminución de la carga de trabajo de los médicos de cabecera.
EEUU desde 1997	Enfermeras de práctica avanzada. El nivel de autoridad prescriptora depende de la legislación de cada Estado.	Avanzada de postgrado, más evaluación continua. En algunos estados tiene que ser de nivel de Master.	Las enfermeras han invertido mucho tiempo con los médicos y están involucrados con la legislación sobre prescripción para asegurar un proceso legislativo adecuado.	Enfermeras registradas a nivel nacional. La indemnización profesional es responsabilidad individual de la enfermera.	Sutcliff (1996) Sugiere que las enfermeras tienden a prescribir menos que los médicos.	(Mahoney 1994) Sugiere que las enfermeras prescriben de forma más apropiada. Talley and Brooke (1992) consideran que había aumentado el acceso a los cuidados desde que las enfermeras han accedido a prescribir.	Mejora los cuidados del paciente. Practica profesional más apropiada. Reducción potencial de costes.

	Quien prescribe	Formación	Otros profesionales	Regulación Profesional / Legislación	Costes y evaluación	Evidencia Científica	Beneficios para el país
Canadá	Enfermeras federales en áreas remotas, aunque enfermeras en otras áreas	Cursos específicos		Las enfermeras federales trabajan bajo el Sistema de Fármacos Clasificación para Enfermería	N/A		
Australia	Las enfermeras pueden prescribir. La prescripción se da en áreas rurales, pero en algunos estados las enfermeras pueden prescribir en clínicas y áreas urbanas.	La preparación está en el nivel de Master.	Ha habido alguna oposición verbal desde la profesión médica.	Las enfermeras están registradas a nivel estatal.	N/A		Mejorar el servicio a los clientes. La práctica profesional es más apropiada.
Nueva Zelanda	Las enfermeras se actualizan para prescribir con protocolos. Nueve enfermeras han sido aprobadas. No prescriben hasta que han sido acreditadas.	La preparación para el rol de enfermera prescriptora es de nivel Master o equivalente, y un curso sobre farmacología (aprobado por el Consejo de Enfermería) formará parte de este.	Los médicos consideran "menor" las áreas en las que actúan	Las Enfermeras estarán registradas a nivel nacional.	N/A	N/A (sacado de los ejemplos de USA y UK)	Mejora los cuidados del paciente. Mejora la relación enfermera-paciente. Mejora la práctica colaborativa. Reducción potencial de costes.
Sudáfrica		Todos los prescriptores en Sudáfrica tienen que completar un curso diseñado por el Consejo Farmacéutico Sudafricano	Desde la profesión médica algunos están preocupados porque los gastos podrían incrementarse si las enfermeras prescriben inapropiadamente		N/A	El Consejo Sudafricano de Enfermería autoriza prescriptores a nivel nacional	Mejora los servicios a los clientes y especialmente en áreas rurales

Fuente: Consejo Internacional de Enfermeras

Finalmente en el ámbito de publicaciones internacionales Rubio Moril, C. y Cuesta Zambrana, A. presentan un trabajo, publicado en 1999, sobre la capacidad de prescribir de las enfermeras en EEUU, muy interesante como referente.⁶



OTROS ASPECTOS COMPARATIVOS

	Otros Profesionales	Regulación Profesional	Comentarios
REINO UNIDO	No hay oposición de los médicos	Enfermeras Registradas a nivel nacional	Las enfermeras españolas que trabajan en el Reino Unido pueden prescribir
USA	Acuerdos con los médicos para promover juntos una adecuada legislación	Enfermeras Registradas a nivel nacional	Las enfermeras españolas que trabajan en USA pueden prescribir
CANADÁ		Enfermeras registradas bajo el Sistema de Clasificación de fármacos para Enfermería	Las enfermeras españolas que trabajan en Canadá pueden prescribir
AUSTRALIA	Oposición médica más verbal que formal	Enfermeras Registradas a nivel Estatal	Las enfermeras españolas que trabajan en Australia pueden prescribir
NUEVA ZELANDA	Los médicos consideran de nivel "menor" las áreas en las que actúan las enfermeras	Enfermeras Registradas a nivel nacional	Las enfermeras españolas que trabajan en Nueva Zelanda pueden prescribir
SUECIA	Hay una mirada crítica desde los médicos	Enfermeras Registradas a nivel nacional	Las enfermeras españolas que trabajan en Suecia pueden prescribir
ESPAÑA		Enfermeras Colegiadas	

REFLEXIONES FINALES

1. Entendemos por Prescripción Enfermera: **La capacidad del enfermero/a, en el marco de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, de “seleccionar, guiados por el criterio profesional, diferentes materiales, productos-dispositivos y medicación encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados.**
2. **El abordaje de la prescripción enfermera se tiene que contemplar desde la autonomía y responsabilidades profesionales propias y la existencia de equipos multidisciplinares.**
3. **La Organización Colegial** ha de liderar la consecución de la legislación para la prescripción enfermera y, en consecuencia, promover cuantas acciones sean necesarias para tal reconocimiento.
4. **No se debe aceptar que la inclusión de los aspectos prescriptores de la enfermería sean reducidos a una simple y pura actividad de tipo administrativo al servicio de otros.**
5. Otros profesionales en el Sistema Sanitario son prescriptores y por ello **se requiere el adecuado consenso entre todos. En consecuencia, el debate tiene que ser multidisciplinar y aceptado por el mayor número de miembros del arco parlamentario.**
6. **La prescripción en enfermería se tiene que amparar en las competencias que aseguren una prescripción efectiva, eficaz y segura mediante los programas de formación específicos, como sucede en los diferentes países donde ya se reconoce dicha facultad y los profesionales enfermeros la aplican.**
7. **La Prescripción Enfermera es una realidad consolidada en países avanzados y una creciente tendencia en el resto de los países.**
8. No sólo las enfermeras demandan las competencias de la prescripción sino que son los propios gestores y sistemas de salud los que están interesados en autorizar y ampliar dichas competencias para la prescripción enfermera, teniendo en cuenta los beneficios que de ello se deriva para la seguridad de los paciente y el propio sistema.



Publicaciones institucionales sobre prescripción

- *Plan de Invierno. Propuestas organizativas para equipos de atención primaria.* Instituto Catalán de la Salud.
- *Implementing Nurses Prescribing. A review of Current Practice Internationally.* CIE
- *Nurse Practitioner Prescriptive Authority in Oregon.* Oregon State Board of Nursing.
- *Nurses Practitioners.* Oregon State Board of Nursing. Nurse Practice Act.
- *Nurse Practitioner Dispensing Authority Self-Assessment Test.* Oregon State Board of Nursing.
- *Application for Authority to Dispense Prescription Drugs.* Oregon State Board of Nursing.
- *ARNP Prescription Authority.* Kentucky Board of Nursing.
- *Ga Nursing Ltd Prescription Authority Demonstration Act.*
- *Medical / Nursing Websites – Prescription Drugs.*
- *Resolución 4 de julio de 2005, del conseller de Sanidad, sobre actualización de los requisitos de utilización de la receta médica oficial de la Conselleria de Sanidad, con firma electrónica reconocida.* DOVG: 14.07.2005

Bibliografía general sobre Prescripción

- Naegle MA. "Prescription drug regulation: implications for nursing and health care delivery response of the American Nurses Association." Impact of prescription drug diversion control systems on medical practice and patient care. United States Department of Health and Human Services. (Rockville, MD). 1993; 228-34.
- Lee Ann Stember. "Advanced practice nursing update. Prescription labelling issues." Kansas Nurse. 2000 Jun-Jul; 75(6): 14-5
- Dan Mendelson. "Prescription Drugs in Nursing Homes: Managing Costs and Quality in e Complex Environment." NHPF Issue Brief. No.784/Nov 12, 2002
- Ja. M. Keltz. "Off-Label Use of Prescription Medication: Nursing Implications." Nephrology Nursing Journal.
- Sue Latter et al. "An Evaluation of Extended Formulary Independent Nurse Prescribing." Department Health. University of Southampton. School of Nursing & Midwifery
- Autoridad de los profesionales de enfermería para prescribir: ¿un camino a seguir? Editorial Nursing 2002, volumen 20, num. 2
- Rubio Moril. La capacidad de prescribir de las enfermeras. Enf. Integral 1999 jul. 50: XXXV-XLII. Formación y acreditación, requisitos para que prescriban otros profesionales. Declaraciones recogidas en prensa.
- Martín Santos et al. "Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria". Enferm Comun 2005; 1(1):35-42
- Baird A. Independent and supplementary prescribing and PGDs. Nursing Standard august 31: vol 19 no 51;; 2005
- Lanyon M. Nurse prescribing: current status and future developments. Bulletin National Prescribing Centre. Vol 100, No 17, April 2004
- Cook R. A brief guide to the new supplementary prescribing. Bulletin National



Prescribing Centre. Vol 98, No 49, December 2002

- *Nurse Prescribing. General prescribing principles. Choosing a drug: 2.* Nursing Standard. January 8/ vol 17/no 17. 2002
- *Nurse Prescribing. General prescribing principles. Choosing a drug: 1.* Nursing Standard. December 4/ vol 12/no 17. 2002
- *Nurse Prescribing. General prescribing principles. The prescription.* Nursing Standard. February 5/ vol 17/no 21. 2003
- *Nurse Prescribing. General prescribing principles. Improving practice.* Nursing Standard June 8/ vol 17/no 38. 2003
- *Nurse Prescribing. General prescribing principles. Supplementary prescribing: an overview.* Nursing Standard Septembre 3/ vol 17/no 51. 2003
- **Anderson P.** *Prescribing competences - Finding evidence-based material* Bulletin National Prescribing Centre. Vol 98, No 41, October 2002
- **Mann R. Williams J.** *Standards in medical record keeping.* Clinical Medicine Vol 3 No 4 July/August 2003
- **Shakib S. George A.** *Writing the prescription and informing the patient.* Australian Family Physician Vol. 32, No. 9, September 2003
- **Sue Ellen Fisher and Beth Vaughan-Cole.** *Similarities and Differences in Clients Treated and in Medications Prescribed by APRNs and Psychiatrists in a CMHC.* Archives of Psychiatric Nursing, Vol. XVII, No. 3 (June), 2003: pp 101-107
- **Brooks, Nicky.** *Nurse prescribing: what do patients think?* Art&Science: Nursing Standard: Clinical Research Education
- **Hay A et al.** *Supplementary nurse prescribing.* Nursing Standard June 23/ vol 18/no 41. 2004
- **Loveridge N.** *Power to prescribe.* Emergency nurse vol 3. no 2. may 2005

- [Maureen Ulley et al.](#) *Independent nurse prescribing in an acute hospital setting.*
Paediatric Nursing vol 17 no 4 May 2005
- [Langridge P.](#) *Extended independent and supplementary prescribing: an update.*
Paediatric Nursing vol16. no 3. april 2004



Bibliografía sobre Prescripción por Áreas

FAMILIAR Y COMUNITARIA

- Perry C. *The nurse practitioner in primary care. Alleviating problems of access?* British Journal of Nursing, 2005, vol 14, No 4.
- Campbell P. Collins G. *Prescribing for community nurses.* Bulletin National Prescribing Centre. Vol 97, No 28 July 2001

CIRUGÍA

- Barnes P. *Supplementary prescribing for the elective surgical patient.* Bulletin National Prescribing Centre. Vol 99, No 28 July 2003

PEDIATRÍA

- *PNP Prescriptive Privilege. Position Statement.* Approved by the NAPNAP Executive Board: August 14, 2003 Designation: Regular. Journal of Pediatric Health Care 26A Volume 17 Number 6

SALUD MENTAL

- Jo Davis. *Supplementary prescribing in mental health nursing.* Bulletin National Prescribing Centre. Vol 99, No 32, August 2003
- Dix A. *Prescription for Cahnge.* Health Service Journal 27 January 2005
- Nolan P et al. *Nurse prescribing: the experiences of psychiatric nurses in the United States.* Nursing Standard March 10/ vol 18/no 26. 2004
- Jones A. *Mental health nurse prescribing: issues for the UK.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2005, 12; 527–535
- Allsop A, Brooks L, Button L et al. *Supplementary prescribing in mental health and learning disabilities.* Nursing Standard. april 6: vol 19 no 30 :: 2005

GERIATRÍA

- Linda Nazarko. *Nurse prescribing, urinary tract infection and older men.* Bulletin National Prescribing Centre. Vol 101, No 12, March 2005

- David G Le Couteur, Sarah N Hilmer, Nicholas Glasgow, Vasi Naganathan, Robert G Cumming, *Prescribing in older people*. Australian Family Physician Vol. 33, No. 10, October 2004

UROLOGÍA

- Wilkinson K. *Supplementary prescribing for overactive bladder*. Nursing Standard January 19/ vol 19/no 19. 2005

ESTOMATERIPIA

- Taylor P. *How increased nurse prescribing can improve stoma care practice*. Nursing Standard Vol 100, No 33, August 2004
- Liz Brewster. *The implications of nurse prescribing in stoma care*. Nursing Standard. Vol 101, No 19, May 2005



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Artículo 9
- (2) Bigbee, G. Territoriality and prescriptive authority for nurse practitioners. *Nurs Health Care* 5(2):106-110, 1984.
- (3) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Artículo 4.7 y artículo 7.
- (4) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Artículo 16.
- (5) Resolución de 4 de julio de 2005, del consller de Sanidad, sobre actualización de los requisitos de utilización de la receta médica oficial de la Consellería de Sanidad, con firma electrónica reconocida. Instrucción 2.4. DOGC: 5049, de 14 de julio de 2005
- (6) Rubio Moril, C.; Cuesta Zambrana, A. La capacidad de prescribir de las enfermeras. *Enfermerái Integral* 1999, julio 50: XXXV – XLII